

Expansión de la cobertura de Atención Primaria de Salud en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil (2013-2023)

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende (<https://orcid.org/0000-0002-5969-5703>)¹

Leika Aparecida Ishiyama Geniole (<https://orcid.org/0009-0005-5287-8872>)²

Thiago de Freitas Cardoso Abdo (<https://orcid.org/0009-0005-4135-6112>)²

Alana Gisele Galeano (<https://orcid.org/0000-0003-1798-8919>)²

Gloria de Araújo Pereira (<https://orcid.org/0000-0003-4118-0135>)²

Lucyana Conceição Lemes Justino (<https://orcid.org/0000-0002-9480-2770>)²

Resumen El objetivo de este estudio fue analizar los factores relacionados con la ampliación del número de equipos de salud de la familia, equipos de salud bucodental y equipos multiprofesionales en el municipio de Campo Grande-MS, entre 2013 y 2023, así como identificar el efecto de la ampliación de esta cobertura con la creación de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad y la Residencia Multiprofesional de Salud de la Familia, y comprobar si los equipos se implantaron en zonas con mayor índice de exclusión social. Se trata de un estudio cuantitativo, analítico y longitudinal a partir de datos secundarios. Se observó un aumento significativo del número de equipos de salud familiar, equipos de salud bucodental y equipos multiprofesionales en Campo Grande durante el periodo estudiado. Se observó que en 2018 hubo una transformación generalizada de las unidades tradicionales en unidades de salud familiar, y en 2020 se produjo la creación de residencias de salud de la familia, el segundo año con mayor expansión de equipos. En 2023, la cobertura de salud de la familia se encontraba en el 100% de las zonas con mayores niveles de exclusión social.

Palabras clave Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Políticas Públicas

¹ Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU-CG). R. Bahia 280, Centro. 79002-530 Campo Grande MS Brasil. anacgas@gmail.com

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande MS Brasil.

Introducción

Los conceptos y beneficios de la atención primaria de salud (APS) son reconocidos en todo el mundo, ya que se considera la puerta de entrada (responsable del acceso), ofrece una atención centrada en la persona, aborda los problemas más comunes de la comunidad, presta servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación mediante el trabajo en equipo, favoreciendo la equidad y la mejora de la salud¹, estableciendo un vínculo con el individuo y su familia, así como una comunicación efectiva, continuidad y longitudinalidad en la atención, un abordaje holístico de los problemas de salud, orientación comunitaria y toma de decisiones definidas por la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad, mediante el manejo de enfermedades agudas y crónicas, así como la realización de acciones de promoción y prevención de problemas de salud en la población².

La APS se ha utilizado en distintos países, pero con organizaciones diferentes, dependiendo de cómo esté estructurado el sistema sanitario en cada lugar, lo que repercute de distintas maneras en el acceso y los resultados.

En Brasil, la APS está estructurada desde la década de 1990, con el Programa de Salud de la Familia (PSF) como plan precursor, de acceso y primer contacto, implementado en 1994, posteriormente sustituido con la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB, en portugués) en 2006 por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) como plan de consolidación del nuevo modelo de atención, revisado en 2011 y en 2017³⁻⁶.

La implementación del ESF, con la ampliación de la cobertura de la APS, ha aumentado el acceso de la población a las unidades de salud. Sin embargo, para brindar una atención integral es necesario, entre otros factores, que los profesionales tengan las competencias para trabajar en esta área. En este sentido, los programas de formación continua y los programas de residencia son estratégicos para capacitar a los profesionales para trabajar en APS. Asimismo, cabe destacar que en las zonas con mayor acceso a la atención primaria se ha producido una reducción de la mortalidad infantil, un aumento de la cobertura de vacunación y una reducción de las hospitalizaciones por patologías sensibles a la atención primaria⁷.

La expansión del PSF no ocurrió de manera uniforme en todo el país y, a pesar de la presencia masiva de la APS en los municipios brasileños, la diferente cobertura puede haber llevado a ajustes

en los modelos de APS, interfiriendo en la estructura y, sobre todo, en los resultados obtenidos en cada ciudad⁸. Así, Campo Grande (MS), siguiendo las normas ministeriales, implantó los primeros equipos de APS en 1999, sólo cinco años después de la publicación nacional. Desde entonces, la cobertura ha evolucionado lentamente, puesto que, en 2016, 17 años después de la introducción del PSF, la cobertura seguía siendo del 38%.

Son varios los factores que inciden en la evolución de los indicadores de salud, entre ellos el mantenimiento de políticas sociales como el Programa Bolsa Familia (PBF) y la ampliación de la cobertura del ESF, que tienen el efecto no sólo de reducir la pobreza, sino también de mejorar el seguimiento de las condicionalidades sanitarias del programa⁹.

Ante esta evidente necesidad de ampliar la cobertura, dado que el Plan de Expansión del ESF, trazado en 2010 para el municipio, no alcanzó el éxito esperado hasta principios de 2019, ya que la cobertura seguía siendo del 40%, se planificaron nuevas estrategias. Sin embargo, el diseño del proyecto de expansión tuvo que hacer varias correcciones de rumbo para ajustar la frágil cobertura en la prestación de servicios esenciales de APS. En este sentido, la planificación de la expansión debe orientarse por el grado de vulnerabilidad de los barrios, situación medida por el índice de exclusión social (IES), según la clasificación de Sauer *et al.*¹⁰, ya que, según el autor, la optimización de la distribución de recursos para atender las necesidades socioeconómicas de la parte más vulnerable de la población requiere el conocimiento del mapeo municipal de estas necesidades. Al identificar las demandas sociales existentes en los diferentes sectores, las acciones de la administración municipal podrán atender estas necesidades de forma más eficiente, previniendo la creación de situaciones de exclusión y evitando que las políticas sociales continúen siendo compensatorias.

El objetivo de este estudio fue analizar los factores relacionados con la ampliación del número de equipos de salud familiar (eSF), equipos de salud bucal (eSB) y equipos multiprofesionales (eMULTI), antes conocidos como Centro de Salud de la Familia Ampliado (NASF), en el municipio de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, entre 2013 y 2023; así como identificar el efecto de la ampliación de esa cobertura con la creación de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC) y de la Residencia Multiprofesional de Salud de la Familia (RMSF) y verificar si los equipos se implantaron en áreas con mayor IES.

Métodos

Diseño del estudio y contexto

Se trata de un estudio cuantitativo, analítico y longitudinal de la expansión de la cobertura de la atención primaria de salud en el municipio de Campo Grande, utilizando datos secundarios de la plataforma *web* e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br>), del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) (<https://cnes.datasus.gov.br/>) y de instrumentos como el Informe Anual de Gestión del Municipio de Campo Grande.

Los datos sobre la población de Campo Grande fueron extraídos del e-Gestor en diciembre de 2023, indicando 916.001 habitantes; según los datos del IBGE (2022), la población del municipio es de 898.100 habitantes, pero estos datos no han sido actualizados en el e-Gestor.

Aspectos éticos

La investigación utilizó sistemas de información e incluyó un Término de Compromiso para el Uso de Información de Base de Datos y una Carta de Solicitud de Dispensa del Formulario de Consentimiento Informado (ICF). Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), bajo el número de CAAE: 75540023.6.0000.0021, atendiendo a los requisitos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

Análisis de los datos

Inicialmente se realizaron análisis descriptivos y exploratorios de todos los datos organizados en forma tabular. Además, se ajustaron modelos aditivos generalizados (GAM), que indican tendencias en los conjuntos de datos. El ajuste de los modelos se interpretó mediante la significación estadística y el coeficiente de determinación (R^2). Todos los análisis se realizaron con el programa informático R^{11} , con un nivel de significación del 5%.

Para comprobar si el eSF, el eSB y el eMULTI se implantaron en las zonas con mayor IES, recurrimos al estudio publicado por Sauer *et al.*¹⁰, que presentó un retrato social de la ciudad de Campo Grande por barrios utilizando mapas. Basándose en el Atlas de la Exclusión Social en Brasil, el autor definió tres grandes temas que constituyen los componentes de la exclusión social o del riesgo

de exclusión social. Esta categorización ayuda a la administración a definir las áreas prioritarias de inversión municipal para mejorar las condiciones de vida de la población. Los temas elegidos fueron: nivel de vida digno, conocimiento y riesgo juvenil, con varios componentes, entre ellos el indicador de pobreza, el indicador de desigualdad, la tasa de dependencia demográfica, la alfabetización, los años de estudio y los indicadores de derechos suprimidos en la juventud. Todos estos indicadores se transformaron en índices, que representan la situación relativa de cada barrio en relación con los demás. Como resultado, la cartografía IES se presentó con los siguientes parámetros de intervalo: 0,05-0,21, 0,21-0,45, 0,45-0,61, 0,61-0,74, 0,74-0,96¹⁰, donde cuanto mayor es el valor del índice, peor es la situación del barrio.

Resultados

La Tabla 1 y la Figura 1 muestran los resultados de los análisis del número de eSF, eSB y eMULTI apoyados en la ciudad de Campo Grande (MS) por año. El modelo aditivo generalizado (GAM) estimado reveló un aumento significativo del número de equipos a lo largo del período estudiado

Tabla 1. Número de equipos de salud familiar, equipos de salud bucodental y equipos eMULTI apoyados en la ciudad de Campo Grande-MS por año.

Año	Equipos de salud de la familia	Equipos de salud bucodental	Número de equipos eMULTI apoyados
2013	86	88	42
2014	90	91	57
2015	85	91	57
2016	86	92	57
2017	95	92	57
2018	128	118	110
2019	125	125	110
2020	163	147	160
2021	177	150	160
2022	186	150	165
2023	197	150	156
¹ p-valor	<0,0001	<0,0001	<0,0001
¹ R ²	0,9411	0,9416	0,9357

¹ Modelos aditivos generalizados (GAM). R^2 : Coeficiente de determinación.

Fuente: Informe Anual de Gestión del municipio de Campo Grande-MS, 2013 a 2023.

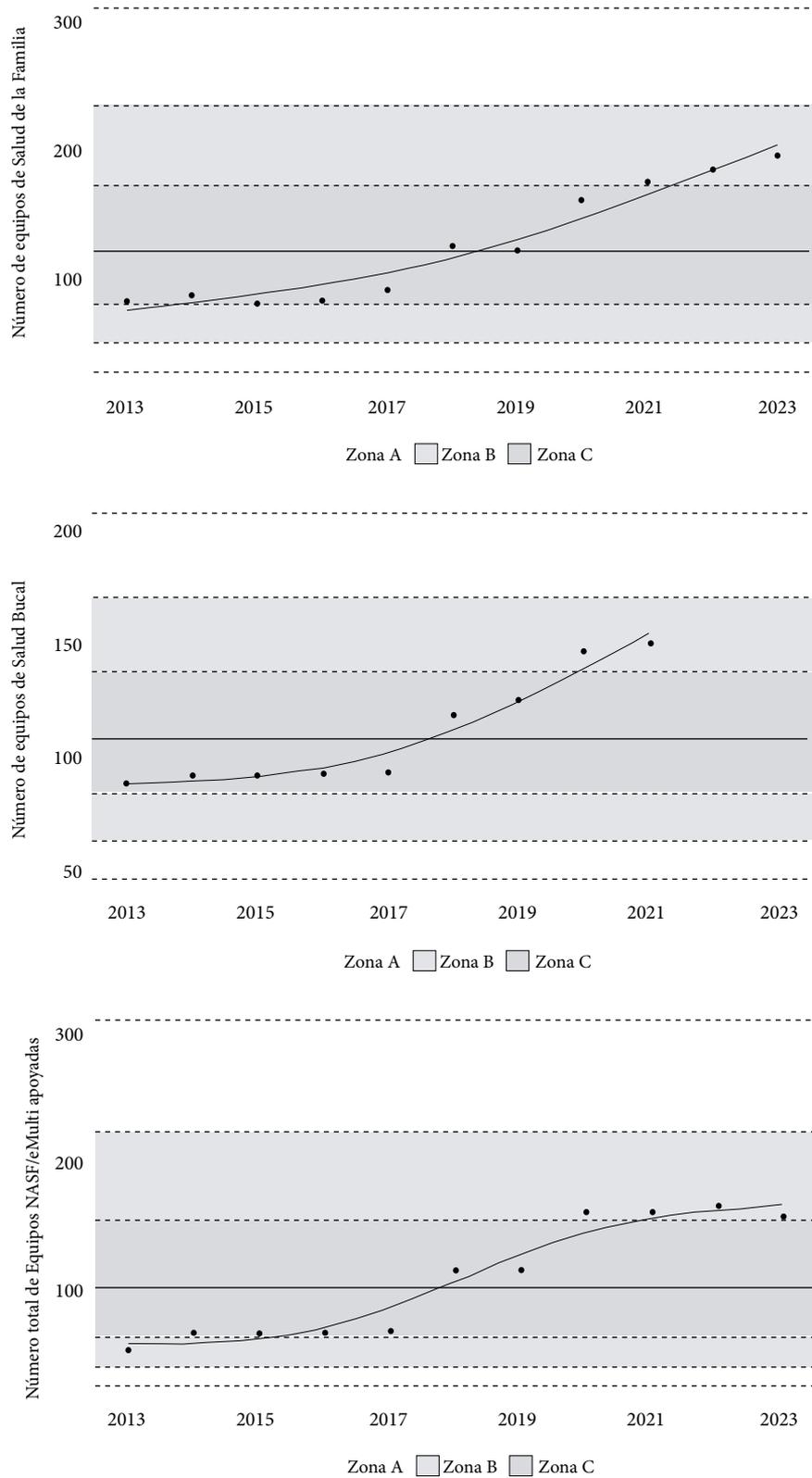


Figura 1. Gráfico de control y modelo aditivo generalizado (GAM - línea negra), ajustado al número de eSF, eSB y eMULTI en Campo Grande-MS, de 2013 a 2023.

Fuente: Informe Anual de Gestión del municipio de Campo Grande-MS, 2013 a 2023.

($p < 0,0001$; $R^2 = 0,9411$). Resultados similares se observaron para el número de eSB, con un aumento significativo en el municipio durante el período analizado ($p < 0,0001$; $R^2 = 0,9416$).

También se observa que el número de eSF pasó de 86 en 2013 a 197 en 2023 (un crecimiento del 129,1%). En cuanto al eSB, pasó de 88 equipos en 2013 a 150 en 2021 (un aumento del 70,5%). En cuanto a los equipos eMULTI, el gráfico de control de la Figura 1 mostró cuatro, de cinco años, en la zona de alerta máxima entre 2019 y 2023, lo que indica un mayor número en este período en comparación con todo el período analizado. El GAM también indicó un aumento significativo del número de equipos eMULTI durante el período analizado ($p < 0,0001$; $R^2 = 0,9357$). El análisis de la curva que representa el modelo GAM ajustado (Figura 1) muestra una fase de crecimiento del número de equipos hasta 2020, seguida de un período de estabilización que dura hasta 2023. Se observa un aumento del número de equipos de atención primaria apoyados en el municipio, pasando de 42 en 2013 a 160 en 2020 (un aumento del 281,4%), fluctuando en torno a este número hasta 2023, lo que indica una fase de estabilidad.

También se analizaron los datos sobre los equipos creados en cada año (Tabla 2). Se observa que durante el período de estudio se crearon 105 eSF y 76 eSB, de los cuales el 41,9% y el 53,9% de los eSF y eSB, respectivamente, se crearon en 2018. El segundo año con mayor expansión de

equipos fue 2020, con una expansión del 16,2% y del 21,1% de eSF y eSB, respectivamente. También se observaron expansiones considerables en 2019 (11,4%) y 2023 (11,4%). No hubo tendencias significativas a lo largo del tiempo para los equipos eMULTI creados. Sin embargo, los años de mayor expansión fueron 2018 (43,1% de los nuevos equipos) y 2020 (40,7% de los nuevos equipos). En mayo de 2023, con la publicación de la Orden Ministerial GM/MS 635, los equipos existentes tuvieron que ser adaptados para su aprobación por el Ministerio de la Salud, teniendo en cuenta la modalidad adoptada, la composición de la carga horaria de trabajo, la vinculación con el número de equipos y los recursos humanos existentes. Como resultado, nueve equipos de atención primaria que anteriormente recibían apoyo y que no cumplían los criterios establecidos en la ordenanza ya no reciben el apoyo de eMULTI.

La Figura 2 muestra la expansión de los equipos de APS en los barrios de Campo Grande entre 2013 y 2023, las unidades preexistentes antes de 2013 y las áreas que no tenían cobertura de servicios de atención primaria. También muestra el mapa de Campo Grande con las IES por barrio de Sauer *et al.*¹⁰ para fines de comparación con los datos encontrados en este estudio.

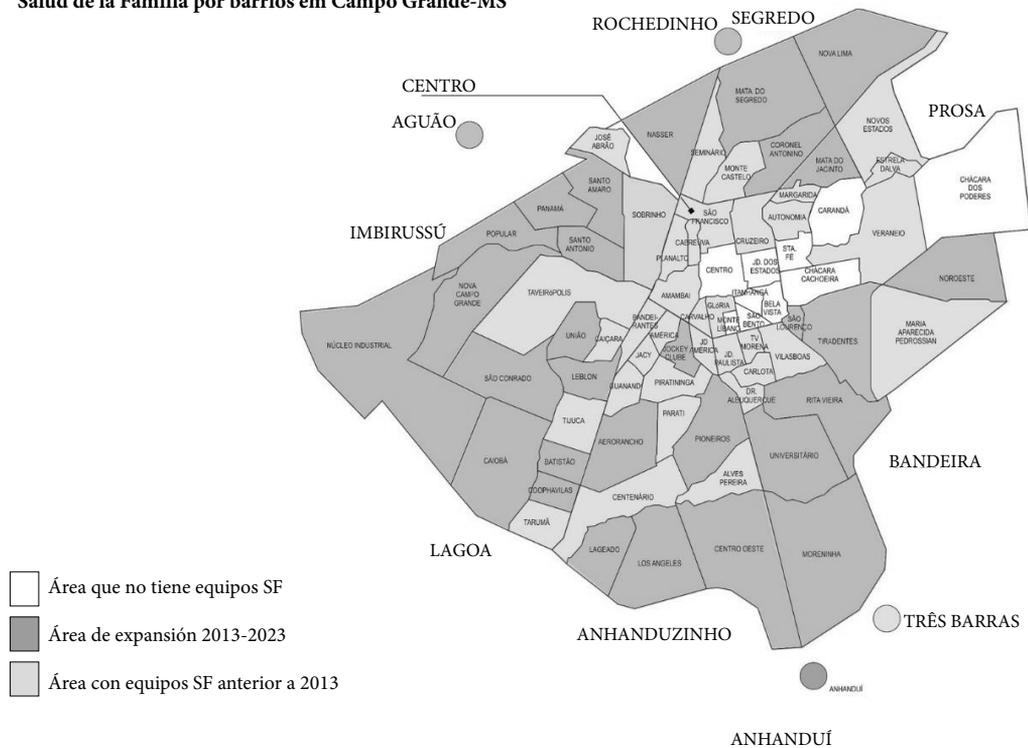
La Figura 3 muestra la expansión de equipos en el municipio entre 2013 y 2023, según el IES de los barrios. Se observa que, en el período analizado, el 24,8%, 27,6% y 25,2% de las expansio-

Tabla 2. Número de equipos de salud de la familia, salud bucodental y eMULTI apoyados, creados en Campo Grande-MS, entre 2013 y 2023.

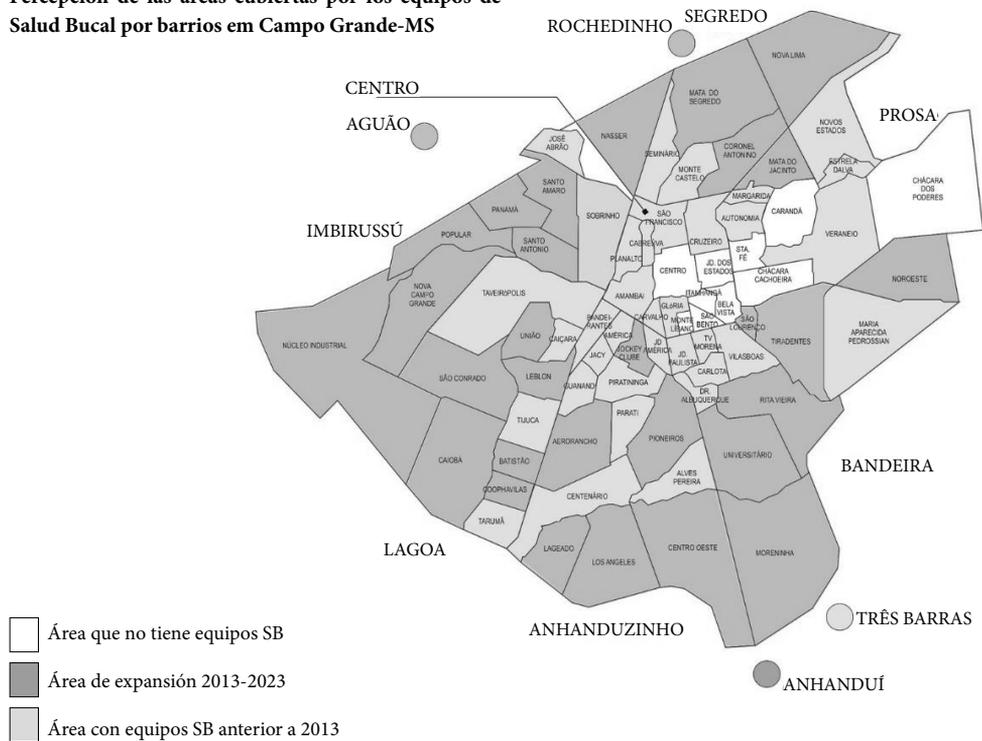
Año	Creación de equipos de salud de la familia		Creación de equipos de salud bucodental		Creación de equipos eMULTI compatibles	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2013	1	1,0%	1	1,3%	-	-
2014	1	1,0%	1	1,3%	15	12,2%
2015	3	2,9%	2	2,6%	0	0,0%
2016	2	1,9%	2	2,6%	0	0,0%
2017	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%
2018	44	41,9%	41	53,9%	53	43,1%
2019	12	11,4%	6	7,9%	0	0,0%
2020	17	16,2%	16	21,1%	50	40,7%
2021	5	4,8%	2	2,6%	0	0,0%
2022	8	7,6%	4	5,3%	5	4,1%
2023	12	11,4%	0	0,0%	-9*	*
Total	105	100,0%	76	100,0%	123	100,0%

*Reducción de nueve equipos eMULTI para adaptación a la nueva Orden Ministerial.

Percepción de las áreas cubiertas por los equipos de Salud de la Familia por barrios em Campo Grande-MS



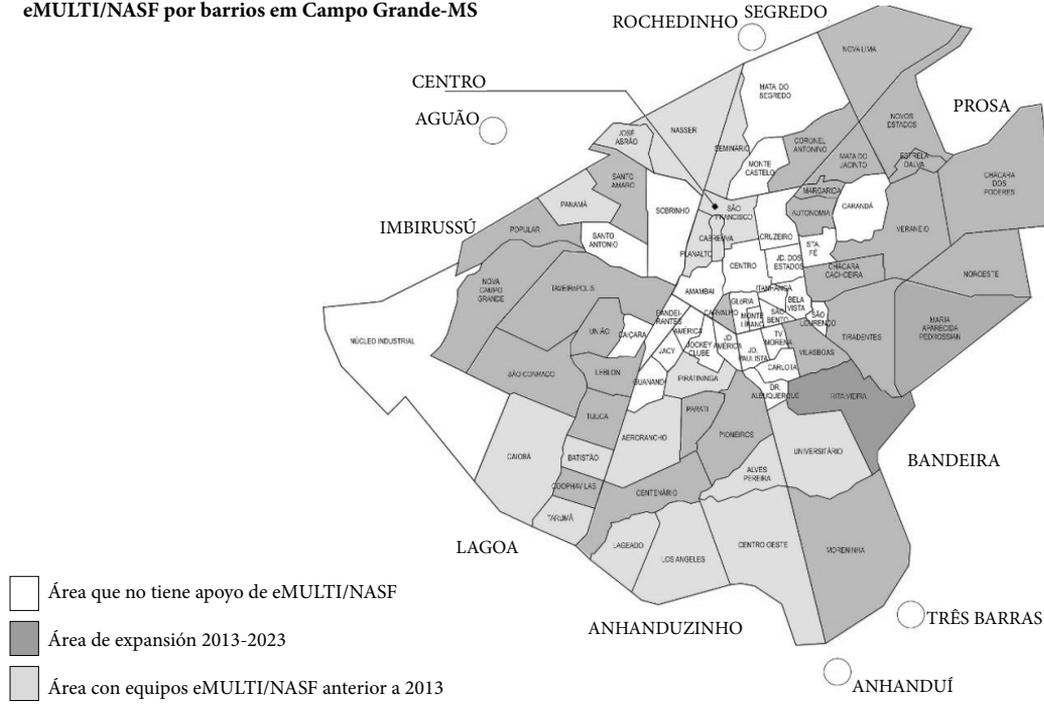
Percepción de las áreas cubiertas por los equipos de Salud Bucal por barrios em Campo Grande-MS



continua

Figura 2. Mapa que muestra la expansión de los equipos de salud familiar, salud bucodental y eMULTI y el mapa del índice de exclusión social por barrios em Campo Grande-MS.

Percepción de las áreas cubiertas por los equipos eMULTI/NASF por barrios em Campo Grande-MS



Índice de Exclusión Social - IES

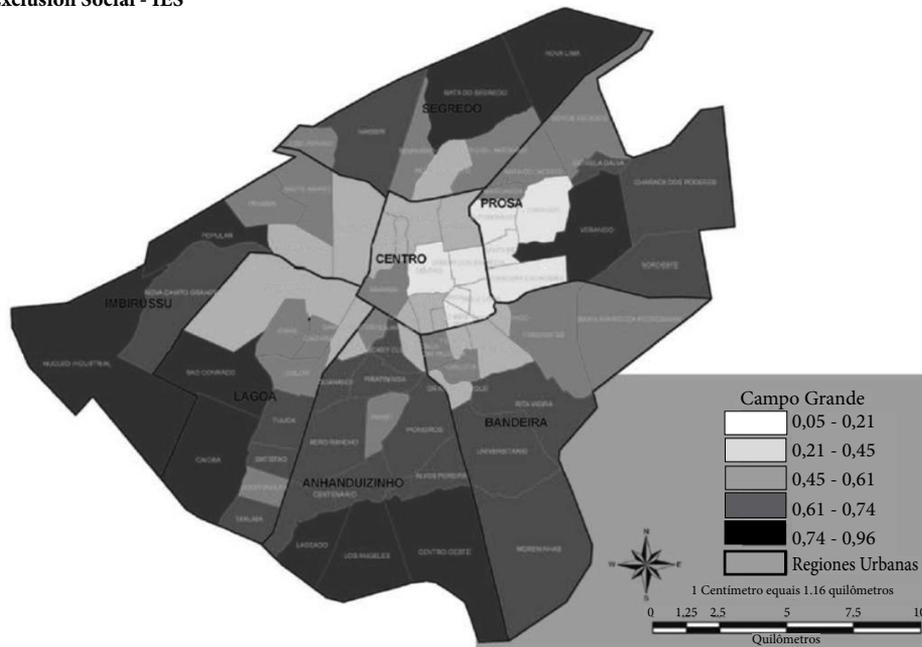


Figura 2. Mapa que muestra la expansión de los equipos de salud familiar, salud bucodental y eMULTI y el mapa del índice de exclusión social por barrios em Campo Grande-MS.

Fuente: Informe anual de gestión del municipio de Campo Grande-MS y Sauer *et al.*¹⁰.

nes en el eSF, eSB y eMULTI, respectivamente, se produjeron en barrios de mayor exclusión social (IES entre 0,74 y 0,96). Mientras que el 41,0%, 39,5% y 32,5%, respectivamente, tuvieron lugar en barrios con un IES entre 0,45 y 0,61. El municipio cuenta con tres unidades de salud en zonas rurales que no fueron categorizadas por IES.

El número de eSF creados cada año, según la IES, puede verse en el Tabla 3. Se observa que hay una variación en la distribución de la expansión entre los años, considerando las IES. Por ejemplo, en 2022, de los 8 equipos creados, el 75,0% se establecieron en barrios de alta vulnerabilidad social. En 2023, de los 12 equipos creados, el 75,0% se encontraban en barrios con menor vulnerabilidad, caracterizados por un IES entre 0,45 y 0,61, mientras que el 25,0% restante se implantó en barrios con un IES que oscilaba entre 0,61 y 0,74. El Tabla 3 muestra también las ampliaciones de eSB. También en este caso se observa una variación en la distribución anual de las ampliaciones teniendo en cuenta el IES. En 2021, por ejemplo, se crearon dos equipos en barrios con un IES entre 0,61 y 0,74, y en 2022, cuatro equipos en barrios más vulnerables (IES entre 0,74 y 0,96). En cuanto a los equipos eMULTI apoyados, se produjeron incrementos en 2014 (con un 80,4% en barrios de mayor vulnerabilidad social), 2018

(con un 18,9% en barrios de mayor vulnerabilidad), 2020 (con un 18,0% en barrios de mayor vulnerabilidad) y 2022 (con un 0,0% en barrios de mayor vulnerabilidad) (Tabla 3).

La Figura 4 muestra la cobertura potencial de atención primaria por distrito de salud en Campo Grande, que corresponde a todos los equipos de APS, incluyendo el eSF, los equipos de atención primaria penitenciaria (eAPP), el equipo de Clínica de Calle (eCR, en portugués) y los equipos de atención primaria (EAP), alcanzando una cobertura del 86,75% en relación a la población de 916.001 habitantes (e-GESTOR), según la Nota Técnica n.º 301/2022-CGESF/DESF/SAPS/MS, lo que demuestra el potencial avance de la cobertura del municipio, que era del 35% de media antes de 2013 y pasó al 86,75% en 2023.

Debate

El municipio de Campo Grande presta los servicios recomendados por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la Ordenanza n.º 2436 del 21 de septiembre de 2017⁶, coexistiendo en APS unidades de atención primaria (EAP), unidades de salud de la familia (eSF), cárceles (EAPP) y Clínicas de Calle (eCR). En 2023, la red de atención primaria estaba formada por 74 unidades de

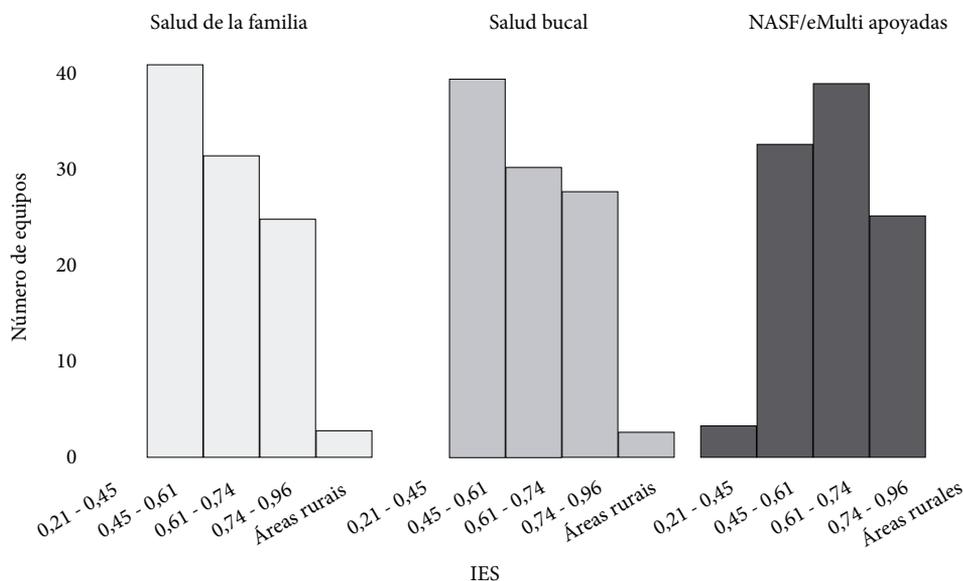


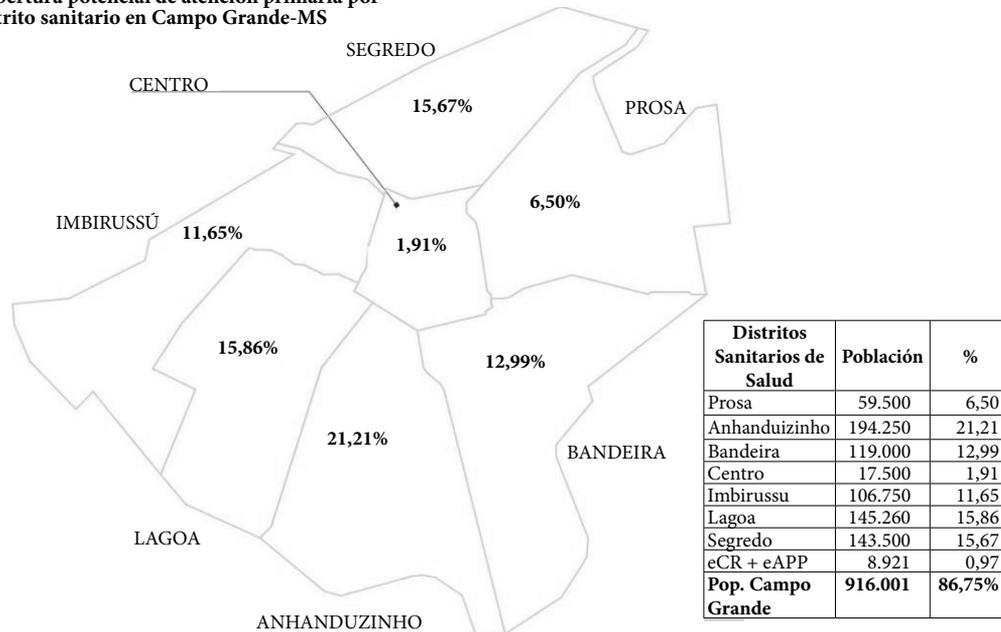
Figura 3. Distribución de los equipos de salud de la familia y salud bucodental creados en Campo Grande-MS, entre 2013 y 2023, según el índice de exclusión social (IES).

Fuente: Informe anual de gestión del municipio de Campo Grande-MS y e-Gestor AB/MS.

Tabla 3. Número y porcentaje de equipos apoyados de salud de la familia, salud bucal y eMULTI creados en Campo Grande-MS, según categoría de índice de exclusión social (IES), de 2013 a 2023.

Año	IES				Zonas rurales	Total
	0,21-0,45	0,45-0,61	0,61-0,74	0,74-0,96		
Salud de la familia						
2013-2016	0 (0,0%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	7 (100,0%)
2017-2020	0 (0,0%)	31 (42,5%)	24 (32,9%)	18 (24,7%)	0 (0,0%)	73 (100,0%)
2021-2023	0 (0,0%)	10 (40,0%)	8 (32,0%)	6 (24,0%)	1 (4,0%)	25 (100,0%)
Total	0 (0,0%)	43 (41,0%)	33 (31,4%)	26 (24,8%)	3 (2,9%)	105 (100,0%)
Salud bucodental						
2013-2016	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	6 (100,0%)
2017-2020	0 (0,0%)	29 (45,3%)	20 (31,2%)	15 (23,4%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)
2021-2023	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)
Total	0 (0,0%)	30 (39,5%)	23 (30,3%)	21 (27,6%)	2 (2,6%)	76 (100,0%)
eMULTI						
2013-2016	0 (0,0%)	3 (20,0%)	0 (0,0%)	12 (80,0%)	0 (0,0%)	15 (100,0%)
2017-2020	4 (3,9%)	37 (35,9%)	43 (41,7%)	19 (18,4%)	0 (0,0%)	103 (100,0%)
2021-2023	-3 (-)	-1 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	-4 (-)
Total	4 (3,4%)	40 (33,9%)	43 (36,4%)	31 (26,3%)	0 (0,0%)	118 (100,0%)

Fuente: Informe anual de gestión del municipio de Campo Grande-MS, años 2013 a 2023 y e-Gestor AB/MS.

Cobertura potencial de atención primaria por distrito sanitario en Campo Grande-MS**Figura 4.** Cobertura potencial de atención primaria por distrito sanitario en Campo Grande-MS, 2023.

Fuente: e-Gestor y datos del municipio de Campo Grande-MS.

salud repartidas por los siete distritos sanitarios, de las cuales 197 eran eSF, 147 eSB en eSF, 55 EAP, de las cuales 20 EAP con servicios de salud bucodental, siete eAPP, una eCR y 14 eMULTI.

Desde la adopción del modelo de salud de la familia en 1999, ha habido un aumento significativo en el número de eSF en Campo Grande durante el período de 2013 a 2023 ($p < 0,0001$;

$R^2=0,9411$), de 86 a 197 en 2023. También hubo un aumento significativo en el número de eSB en Campo Grande durante el período de 2013 a 2021 ($p<0,0001$; $R^2=0,9416$), de 88 en 2013 a 150 en 2021. En el año 2018 se produjo la mayor expansión de eSF y de eSB en el municipio, con la creación de 44 eSF y 41 eSB, pero es importante destacar que esta expansión se debió a la transformación de unidades de atención primaria de modelo tradicional existentes (con recursos humanos ya en funcionamiento) en unidades de eSF, sin impacto en el porcentaje de cobertura del municipio, que aún se mantenía por debajo del 40%. Esta expansión se produjo como resultado de una decisión de la dirección del municipio de reforzar y mejorar la eficacia de la atención primaria y la disponibilidad de los recursos humanos que ya componían estas unidades tradicionales, sin aumentar el gasto.

El segundo período de mayor expansión fue de 2019 a 2020, cuando se crearon tanto el eSF como el eSB, cuando también se expandió el programa RMFC, con la creación del programa RMSE, a través de la firma de un convenio entre el municipio de Campo Grande y el programa RMFC de Río de Janeiro y Fiocruz, que financió el proyecto y calificó el programa, invirtiendo en la contratación de preceptores para los programas de residencia y reestructurando el proceso de trabajo en las unidades de salud enumeradas para convertirse en el escenario de formación, así como mejorando las estructuras físicas y los equipos. Por lo tanto, esta expansión, a través de los programas RMSF y RMFC, promovió el aumento del número de equipos en el municipio, con nuevos profesionales. Por lo tanto, es evidente que esta estrategia ha permitido el mayor aumento de la cobertura de la atención primaria de salud. Junto a ello, los programas de residencia han tenido un impacto en la cualificación profesional de los eSF, con un aumento de la calidad asistencial y una mejora efectiva de los resultados de la APS^{12,13}.

Junto con el programa de formación de profesionales de la salud para reforzar la APS, las unidades sanitarias que funcionaban según el modelo tradicional se transformaron en unidades de salud de la familia, lo que culminó en una cobertura potencial del 86,75% de los equipos de atención primaria para 2023.

En vista del aumento significativo del número de eSF, eSB y equipos apoyados por eMULTI, el municipio de Campo Grande logró una evolución admirable en el ranking nacional de cobertura de atención primaria, pasando del 27° lugar

entre las capitales al 6° en 2022, según el informe del sistema e-gestor del Ministerio de Salud. Con la expansión de la atención de salud de la familia, es posible mejorar la garantía a los usuarios del primer contacto, la longitudinalidad y la coordinación de la atención, ya que desarrollan sus actividades en áreas geográficas definidas y con poblaciones focalizadas, lo que les permite crear vínculos y reconocer las necesidades de los usuarios de esa región¹⁴.

Nueve unidades que albergan los programas RMFC y RMSF se establecieron en zonas donde el IES oscila entre 0,45 y 0,74, encontrándose dos unidades en territorios más vulnerables (0,74-0,96). El IES es una herramienta importante para la gestión municipal, señalando las zonas de mayor exclusión social que necesitan recibir mayores inversiones para mejorar la calidad de vida. Las unidades de salud de estas localidades, además de las acciones de asistencia sanitaria, pueden actuar como recurso de apoyo comunitario para solicitar al gobierno acciones que mejoren las condiciones de vida de esta población.

El estudio constata que el 24,8%, 27,6% y 25,2% de los eSF, eSB y eMULTI, respectivamente, se crearon en el periodo analizado en barrios de mayor exclusión social (IES entre 0,74 y 0,96). Mientras que el 41,0%, 39,5% y 32,5% de las eSFs, eSBs y eMULTIs, respectivamente, se crearon en barrios con un IES entre 0,45 y 0,61, esto se debe a que, durante el periodo estudiado, las eSFs se ampliaron y transformaron a partir de unidades ya existentes, quedando por cubrir los territorios con un IES más bajo. En 2023, se había alcanzado la cobertura total en las zonas con un IES entre 0,74 y 0,96 (las más vulnerables). El alcance de esta cobertura puede verse claramente en la Figura 2.

También se produjo un aumento de los equipos eMULTI, especialmente en 2018 y 2020, al igual que en el caso del eSF, debido a la decisión de la dirección municipal y a la creación del programa RMFC. En 2023 se produjo un descenso en el número de equipos respecto a 2022. Cabe destacar que, en 2019, con la implementación del entonces modelo de financiación de la APS, Previne Brasil, se extinguió la transferencia a este tipo de equipo, lo que llevó a la desacreditación de estos servicios en los municipios. La gestión municipal, entendiendo la importancia de estos equipos multidisciplinares en la APS, asumió su financiación hasta la publicación de la Orden GM/MS n.º 635, de 22 de mayo de 2023, que restablece la financiación de los equipos multiprofesionales para actuar en la APS, con la transferen-

cia de incentivos federales¹⁵. Así, la reducción solo se produjo por la necesidad de adaptación de los antiguos equipos de la NASE, de acuerdo con la citada orden, ya que aumentó la carga horaria de trabajo de cada equipo eMULTI.

Los equipos eMULTI tienen el potencial de ampliar el alcance de sus prácticas, mejorando la resolutivez de los equipos de salud, además de trabajar por una atención integral y centrada en las necesidades de los territorios. Con la publicación de esta orden, los equipos multiprofesionales vieron ampliadas sus atribuciones, actuando formalmente como proveedores matrices del eSF y en la atención a distancia.

En cuanto a la ampliación del acceso en las zonas más vulnerables, se observa que en 2023 la cobertura de salud de la familia había alcanzado el 100% de las zonas con mayor IES. Un estudio realizado en dos países desarrollados (Canadá y Estados Unidos) sobre las actuaciones en atención primaria corrobora la importancia de que los equipos trabajen en las zonas de mayor exclusión social para reducir los riesgos sociales, así como para orientar la atención primaria en la comunidad, aumentar la equidad y el desarrollo social y económico de la región, centrándose en enfoques basados en las potencialidades de la comunidad¹⁶.

Perseverar en las políticas públicas de ampliación de la cobertura de salud de la familia a todo el territorio, especialmente a los más vulnerables, mejora el acceso de la población y minimiza la exclusión social. Las estrategias adoptadas por el municipio de Campo Grande (MS), con la transformación de las unidades tradicionales en unidades de salud familiar, así como la creación del RMFC y del RMSE, fueron fundamentales para la eficacia de la ampliación del número de eSF, eSB y eMULTI.

Por lo tanto, la articulación técnica y financiera para la expansión de la salud de la familia es

fundamental para mejorar la estructura física y los suministros de las unidades, y la inversión en formación continua contribuye a la motivación para promover la organización de los cuidados en el territorio. Sin embargo, el reto reside en mantener iniciativas similares sin el apoyo financiero necesario.

Consideraciones finales

La administración municipal ha invertido esfuerzos en la expansión de la APS en el municipio, promoviendo el acceso de la población a estos servicios, especialmente en los últimos años, a través de la creación de nuevos equipos en las unidades de salud de la familia. Incluso ha asumido el mantenimiento de equipos multiprofesionales, aún sin financiación específica del nivel federal, porque entiende la necesidad de estos profesionales para prestar una atención integral a la población. Hoy, el 86,75% de la población tiene acceso a los servicios de APS en el municipio. Además de esta expansión, se trazaron estrategias para fortalecer la APS a través de programas de residencia médica y multiprofesional, siempre con el objetivo de calificar a los profesionales de la salud y mejorar la eficacia de la eSF. Esta expansión ha exigido el esfuerzo continuado de la gestión de salud del municipio, que paralelamente ha ido reajustando los procesos de trabajo en los territorios, así como monitoreando los indicadores de salud. Cabe destacar que la adopción del criterio de exclusión social fue un factor que ayudó a la gestión a crear eSF en zonas de vulnerabilidad, de modo que fuera posible reducir las desigualdades mediante la inclusión de estas poblaciones en programas sociales como Bolsa Familia, al tiempo que se proporcionaban canales potentes para dar voz a las condiciones de vida inadecuadas.

Colaboradores

APGL Resende contribuyó al diseño y redacción final. LAI Geniole contribuyó a la investigación y redacción. TFC Abdo contribuyó a la metodología y revisión. AG Galeano contribuyó a la investigación y redacción. GA Pereira contribuyó a la investigación y redacción. LCL Justino contribuyó a la redacción y revisión final.

Referências

1. Starfield B. *Atenção primária à saúde: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
2. Wonca Europa. *A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar)* [Internet]. 2002 [acessado 2024 Jan 31]. Disponível em: https://apmgf.pt/apmgfbackoffice/files/Definicao_MGF-EU-RACT_2005.pdf.
3. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1914.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
6. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
7. Pinto Junior EP, Rosana A, Medina MG, Silva MGC. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(2):e00133816.
8. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHM. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00178619.
9. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.
10. Sauer L, Campelo E, Capillé MAL. *O mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande-MS: Uma nova reflexão*. Campo Grande: Ed. Oeste; 2012.
11. R Core Team. *R. A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna; 2023.
12. Soranz D. *Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
13. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2353-2366.
14. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saude Debate* 2023; 47(137):13-30.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GAB/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Credencia municípios a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às equipes Multiprofissionais - eMULTI no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS. *Diário Oficial da União* 2023; 23 maio.
16. Haggerty J, Chin MH, Katz A, Young K, Foley J, Groulx A, Pérez-Stable EJ, Turnbull J, DeVoe JE, Uchendu US. Proactive Strategies to Address Health Equity and Disparities: Recommendations from a Bi-National Symposium. *J Am Board Family Med* 2018; 31(3):479-483.

Artículo presentado en 08/03/2024

Aprobado en 19/04/2024

Versión final presentada en 21/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva